

Abril
2013



CONSELL DE COL·LEGIS
DE METGES DE CATALUNYA

Quaderns de la Bona Praxi

"Contencions"

Edita:

COL·LEGI
OFICIAL  DE METGES
DE BARCELONA
CENTRE D'ESTUDIS COL·LEGIALS

32



Experts redactors d'aquest quadern

Coordinadors: **Jaume Padrós Selma**, Vicepresident Primer del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB). **Josep Arimany Manso**, Director de l'Àrea de Praxi del COMB. Director del Servei de Responsabilitat Professional del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. **Esperanza L. Gómez Durán**, Cap de la Unitat de Medicina Legal i Recerca de l'Àrea de Praxi del COMB.

Equip redactor: **Esperanza L. Gómez Durán**, Doctora en Medicina. Psiquiatra i metgessa forense en excèdència. Psiquiatra Adjunt. Fundació Sociosanitària de Barcelona. **Jaume Padrós Selma**, Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària i gerontòleg. Coordinador de la Unitat de Valoració Geriàtrica Integral. Mutuam. **Josep Arimany Manso**, Doctor en Medicina. Metge forense en excèdència i dermatòleg. **Josep Manuel Menchón Magriñá**, Membre de la Comissió de Deontologia del COMB. Cap del Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. Professor Titular de Psiquiatria. Universitat de Barcelona. **Lluís Juan i Castàn**, Metge de Residències. Secretari de la Secció Col·legial Metges de Residències del COMB. Membre de Junta de l'ASCAD. **Pau Sánchez Ferrín**, Metge especialista en Medicina Interna i Geriatria. Cap d'Àrea d'Atenció Integrada Pacient Fràgil. Consorci Sanitari Integral. **Josep Gasol i Lascorz**, Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Director Tècnic i Mèdic de Residències Catalunya. President de la Secció Col·legial de Metges de Residències del COMB. **Anna Bonafont i Castillo**, Antropòloga i infermera. Coordinadora del Centre d'Estudis Sanitaris i Socials de la Universitat de Vic. Professora de la Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar de la UVIC.

Experts revisors i assessors d'aquest quadern

Ignasi Pidevall i Borrell, Advocat. Cap de l'Assessoria Jurídica del COMB. **Mercedes Martínez Pérez**, Advocada de l'Assessoria Jurídica del COMB. **Dolors Quera Aymà**, Geriatra. Centre Sociosanitari Mutuam Güell. Presidenta de la Secció Col·legial de Metges Sociosanitaris. **Lurdes Alonso Vallès**, Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Vicesecretària de la Junta de Govern del COMB. **Cristina Minguell Comas**, Metge especialista en Salut Pública. Directora Equips Suport Geriàtric Comunitari Mutuam. **Julia Falgueras Ymbert**, Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària. **Montserrat Espier Subietas**, Coordinadora Mèdica d'EAR Mutuam. **Carles Martín Fumadó**, Doctor en Medicina. Metge Forense. Subdirector de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC). **Carmen Pedreño Gutiérrez**, Infermera Assistencial de Geriatria. Hospital de Granollers. **Josep de Martí Vallés**, Llicenciat en Dret i gerontòleg social. Director de www.inforesidencias.com. **Dolors Clos Masó**, Advocada del Servei de Responsabilitat Professional del COMB. **Antoni Calvo López**, Psicòleg Clínic. Director del Programa de Protecció Social del COMB. **Fina Vernet Aguiló**, Infermera. Centre Residencial L'Olivaret.

Aquest Quadern de la Bona Praxi ha comptat amb la participació de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) del Departament de Benestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya.

Comitè editorial dels Quaderns de la Bona Praxi

Miquel Vilardell Tarrés, President del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. **Ramon Pujol Farriols**, Vocal vuitè de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. **Jordi Craven-Bartle Lamote de Grignon**, Vocal sisè de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. **Marius Morlans Molina**, President de la Comissió Deontològica del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. **Alex Ramos Torre**, Director del Centre d'Estudis Col·legials del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Edita

Centre d'Estudis Col·legials. COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA.

Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona. e-mail: cecfmc@comb.cat

Direcció editorial: Alex Ramos Torre • Coordinació editorial: Raquel Dolado Murillo

Quaderns de la Bona Praxi és una publicació periòdica del COMB, editada pel seu Centre d'Estudis Col·legials des de 1991 i caracteritzada per ser:

- Una acció de Formació Mèdica Continuada que promou el Desenvolupament Professional dels metges en benefici dels ciutadans.
- Una Guia de Pràctica Clínica que fomenta la Bona Praxi i la prevenció de riscos professionals.
- Una eina de l'àmbit medicolegal que protegeix alhora el ciutadà i el professional de la medicina.

© 2013 COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA. No es pot reproduir cap part d'aquesta publicació, ni emmagatzemar-la en un sistema recuperable, ni transmetre-la per cap mitjà electrònic, mecànic, fotocopiada, en discos, ni de qualsevol altra forma, sense la prèvia autorització per escrit del propietari del copyright.

Coordinació gràfica, disseny i impressió:

AMBIENT GRÀFIC. Roger de Llúria, 90, baixos. T. 93 459 23 98. 08009 Barcelona. Dipòsit legal: B-46.873-96

índex

Presentació	4
Introducció	5
Conceptes clau	6
L'àmbit d'aplicació	8
Abordatge multidisciplinari	12
Aspectes deontològics	13
Aspectes medicolegals	15
Efectes negatius en els pacients i els professionals	19
Pautes d'actuació	20
Decàleg	21
Bibliografia	22

Presentació

El 20 d'octubre de 2011 va tenir lloc a la seu col·legial la jornada *Aspectes ètics i medicolegals de les contencions a les residències geriàtriques*. L'organització d'aquesta jornada pretenia donar resposta a la problemàtica que afronten els metges assistencials de residències en l'ús de les contencions com a mesura terapèutica.

L'assistència registrada va reflectir la sensibilitat dels metges amb aquest tema i l'interès per tenir un marc de referència per a la bona pràctica assistencial en aquest entorn. La identificació de la necessitat de disposar d'una referència entre els metges, tant de l'àmbit de les residències geriàtriques com d'altres àmbits, i entre els altres professionals va determinar la decisió d'elaborar un Quaderns de la Bona Praxi íntegrament dedicat a les contencions.

El Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, que és conscient de la complexitat de les situacions clíniques que han de tractar els metges i la dificultat que presenta la presa de decisions sobre aquesta mesura terapèutica, entén que la utilització de contencions no sempre és evitable i que ha d'estar basada sempre en la bona pràctica clínica, a la qual cosa esperem que aquest Quaderns de la Bona Praxi contribueixi. Servint de base als professionals a l'hora de consensuar i elaborar els protocols d'actuació en matèria de contencions físiques.

Les conclusions incloses en aquest Quaderns de la Bona Praxi segueixen la mateixa lògica que el model d'atenció que es promou i desenvolupa al Programa de Protecció Social (PPS) del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. El PPS constitueix una experiència capdavantera a tot l'Estat i arreu pel que fa a posar a l'abast dels metges i dels seus familiars més propers un sistema de protecció social que, entre altres elements, inclou una exhaustiva cartera de serveis d'atenció social i d'atenció a la dependència, en tant que aquestes persones ho necessiten.

Els metges demostren en la seva tasca diària vocació, integritat, empatia i un ferm compromís amb l'excel·lència clínica i científica, amb la seva professió, amb la societat en la qual exerceixen i molt especialment amb els seus pacients. En aquesta dedicació cap als seus pacients, el metge s'enfronta de vegades a la necessitat paradoxal de restringir-los els drets en el seu propi benefici.

Durant molts anys, aquestes situacions van afrontar-se en el si d'una relació metge-pacient paternalista, en la qual el metge, guiat pel principi de beneficència, això és, buscant el bé de l'altre, decidia pel pacient seguint el seu criteri professional. El reconeixement que el pacient és una persona amb uns drets que s'han de respectar va provocar un canvi de paradigma, del paternalisme a l'autonomia del pacient. Així, la pràctica actual de la medicina exigeix tant l'excel·lència científica com el màxim respecte als principis ètics i els drets dels pacients.

La medicina evoluciona amb la societat i els metges s'enfronten a d'altres reptes, com l'increment progressiu de la proporció de persones grans en el conjunt de la societat o l'augment de les dificultats en l'atenció per part de les famílies als malalts i membres més grans de la població. L'atenció a aquestes persones es fa ara sovint per mitjà d'altres recursos, com ara les residències, amb l'ineludible participació del metge i l'obligació de vetllar per mantenir sempre el màxim respecte possible a l'autonomia del pacient.

No obstant això, de vegades, l'assistència sanitària comporta situacions en les quals el dret a l'autonomia del pacient es veu necessàriament limitat i s'han de posar en pràctica mesures coercitives, que eren molt més freqüents abans del que ho són avui dia. A la segona meitat del segle XIX,

el *no-restraint movement* iniciat a Anglaterra reclamava l'abolició total de les mesures coercitives en el tractament de les persones afectades de malalties mentals. Malgrat les controvèrsies internacionals, la completa abolició d'aquestes mesures no s'ha aconseguit en cap país o període i actualment es considera impossible renunciar-hi totalment.

L'ús de contencions físiques és una mesura coercitiva, especialment complicada per a pacients, famílies i professionals, però necessària en determinades situacions. Actualment es tracta de l'última opció terapèutica en casos d'agitació o trastorns de conducta que posen en perill el mateix pacient o el seu entorn. És una actuació terapèutica que restringeix la llibertat dels pacients i és innegable la rellevància dels aspectes eticodéontològics i medicolegals implicats. Tot i que existeixen protocols i procediments regulats respecte d'això, l'ús de les contencions pot representar un inconvenient en l'àmbit personal, professional i humanitari (Marqués Andrés, 2007; Rodríguez, 2011) i en la decisió d'implementar aquesta mesura pot influir la vivència subjectiva dels mateixos professionals i la consideració social que se'n té. Des d'una perspectiva ètica se'n pot qüestionar la idoneïtat, el que genera malestar a l'hora d'aplicar-la i obliga a reflexionar sobre les mesures que es poden utilitzar per reduir-ne l'ús.

Ateses les implicacions ètiques i legals i el caràcter d'excepcionalitat de la mesura, es requereix la participació i el consens dels professionals en el desenvolupament de protocols, l'avaluació continuada de la prevalença i dels resultats, així com a l'elaboració de documents com aquest Quaderns de la Bona Praxi.

En el context actual de canvis socials i autonomia del pacient, l'objectiu d'aquest

Quaderns és contribuir a la millora en l'atenció als ciutadans que es veuen subjectes a aquest tipus de mesures, formant els metges en l'abordatge d'aquestes complicades situacions que interfereixen en la llibertat dels pacients i proporcionant als professionals la seguretat jurídica necessària per a la seva tasca diària.

Aquest Quaderns s'ha elaborat revisant la bibliografia nacional i internacional respecte de les contencions, amb la participació desinteressada d'un equip multidisciplinari integrat per metges que treballen en serveis geriàtrics i psiquiàtrics, així com experts en Medicina Legal i Forense, a fi d'abastar les diferents situacions en les quals es poden trobar els metges. Igualment hem comptat amb la col·laboració de professionals de l'àmbit

d'infermeria, adoptant una perspectiva interdisciplinària àmplia.

El Quaderns inclou un glossari de definicions o conceptes bàsics, diferents apartats corresponents als diferents àmbits d'actuació possibles, seccions dedicades als aspectes eticodeontològics i a la normativa vigent, unes recomanacions d'actuació i el decàleg final.

Abordant aspectes que suposen modificacions recents en la perspectiva de prestació de l'assistència, confiem que el col·lectiu l'accepti àmpliament, no únicament amb l'objectiu de complir amb la normativa vigent i reduir la inseguretat jurídica, sinó també perquè estem convençuts que comportarà una millora en la qualitat de l'assistència sanitària.

2

Conceptes clau

1. Agitació

Implica un excés d'activació, tant física com psíquica. Un pacient agitat comporta un risc de comportament agressiu i que pugui fer-se mal o fer mal als altres o a l'entorn. La causa de l'agitació és molt variable i pot ser tant d'origen orgànic com psíquic (**Taula 1**).

2. Alteracions de conducta

Emerson (1999) va definir-les com a comportaments anormals des del punt de vista sociocultural d'una intensitat, freqüència i durada tals que comporten una alta probabilitat de comprometre la integritat de l'individu o dels altres, o que comporten una limitació clara de les activitats de l'individu i una restricció important en la seva participació en la comunitat.

3. Estratègies de contenció

Les guies clíniques per al control de les alteracions de conducta i l'agitació consideren diferents estratègies de contenció i assenyalen que s'ha d'utilitzar la que sigui menys restrictiva:

- **Contenció ambiental.** Engloba les barres físiques estructurals (portes tancades, control d'accessos,...), la distribució dels espais (entrada doble als despatxos, proximitat del control d'infermeria,...), el mobiliari (fixat o no, obstruint les sortides,...), el material de què disposem (objectes que poden ser utilitzats com a armes,...), el control dels estímuls (canvis bruscos en l'entorn, altres pacients interferint,...) o el personal (disponible i adequat en nombre, formació i aptitud).
- **Contenció verbal.** Es tracta d'una aproximació no coercitiva que potencialment pot fer créixer el nivell d'agitació o aju-

TAULA 1. ETIOLOGIA DE L'AGITACIÓ

CAUSA ORGÀNICA	CAUSA PSIQUIÀTRICA
Intoxicació o abstinència de substàncies	Trastorns psicòtics de l'espectre de l'esquizofrènia
Síndrome confusional	Trastorns afectius: mania, depressió psicòtica
Demències i d'altres afeccions cognitives	Trastorns de la personalitat
Altres causes orgàniques	Crisi d'angoixa
	Reacció d'estrès aguda
	Altres quadres psiquiàtrics

dar a atenuar determinades conductes, i així evitar l'ús d'estratègies coercitives.

S'ha descrit una aproximació en tres passos, *de-escalating*: en primer lloc s'aconsegueix que el pacient participi a la conversa, després s'estableix una relació de col·laboració i, finalment, el pacient és verbalment de-escalat de l'estat d'agitació. Algunes recomanacions per a la contenció verbal davant d'un pacient agitat es reflecteixen a la **Taula 2**.

- **Contenció farmacològica.** Comporta l'administració de fàrmacs aprofitant-ne els efectes tranquil·litzadors, per aconseguir un maneig del comportament del

pacient o restringir els seus moviments. Principalment es tracta d'antipsicòtics de primera i segona generació i benzodiazepines. La via d'administració és variable, i les més comunes són la via oral, la subcutània i la intramuscular. El seu ús, a més d'ajudar a controlar la situació, ens ha de permetre la diagnosi del quadre subjacent. Exigeix la realització d'una diagnosi provisional de la causa del quadre, així com conèixer fins al punt que sigui possible els antecedents del pacient. Per aconseguir la màxima efectivitat, els fàrmacs s'han d'administrar en el moment oportú i a la dosi adequada, per tal d'evitar tant la necessitat d'administracions repetides com la sedació excessiva.

TAULA 2. RECOMANACIONS DE CONTENCIÓ VERBAL

RECOMANACIONS DE SEGURETAT	
Respectar l'espai personal i evitar provocar	Establir contacte verbal, sent concís i repetitiu, mostrant-se d'acord o "d'acord en el desacord", oferint opcions i optimisme, però establint els límits
Escoltar, identificant els desitjos i sentiments del pacient	
Realitzar el <i>debriefing</i> de pacient i personal	

Modificat per Gómez-Durán a partir de Fishkind (2002)

• **Contenció mecànica o física**

L'OMS defineix aquest tipus de contenció com "la restricció de moviment mitjançant qualsevol mètode manual, dispositiu físic o mecànic, material o equip connectat o adjacent al cos del pacient, que ell o ella no pot treure fàcilment". Es

tracta d'una mesura terapèutica excepcional que immobilitza parcialment o en conjunt el cos del pacient, generalment amb la subjecció a un llit o cadira. No obstant això, en aquest concepte s'engloba l'ús d'altres mecanismes diferents de contenció, com ara les baranes de llit.

3

L'àmbit d'aplicació

Les contencions poden ser utilitzades en qualsevol àmbit assistencial i aquest Quaderns de la Bona Praxi pretén servir com a instrument per a tots els àmbits, si bé, l'àmbit geriàtric i de la salut mental mereixen una especial atenció per les seves característiques diferencials.

3.1. L'àmbit geriàtric

Les persones que es troben a les residències geriàtriques acostumen a tenir una edat avançada, presentar una o diverses patologies cròniques i algun grau de discapacitat física i psíquica. L'estada en aquests centres serà llarga i, en algun moment de la seva evolució, aquests usuaris poden presentar trastorns de conducta o episodis d'agitació que facin necessari utilitzar una contenció física o farmacològica. Les contencions formen part de l'arsenal terapèutic del qual disposen els metges de residències i és una opció amb caràcter d'excepcionalitat, que es valora molt acuradament i se sotmet a protocols que són revisats i perfilats de forma constant.

Les contencions a les residències tenen unes singularitats que les fan diferents a les d'altres àmbits, com ara els hospitals d'aguts o els centres d'atenció psiquiàtrica, perquè més sovint estan destinades a la protecció passiva dels residents que al control de l'agitació (ex. baranes).

Es tracta d'una intervenció que s'utilitza amb certa freqüència a l'entorn geriàtric, i

en l'àmbit internacional s'enregistren xifres molt variables entre estudis (12-47%). Hi ha diferents interpretacions dels resultats i una ampla variabilitat que pot respondre a criteris metodològics diferents, així com a factors locals o diferències en les característiques dels residents. A Espanya, Galán (2008) assenyala una prevalença del 20,8%, una xifra que incloïa l'ús de diferents mecanismes de subjecció, com ara baranes de llit. Així, Galán descrivia que la tipologia de contencions físiques més utilitzades era l'ús de baranes al llit (63,4%), restricció del tronc (17,8%), cadires de contenció (15,9%) i extremitats (3%).

En l'àmbit internacional, entre els factors que es relacionen amb la utilització de més o menys contencions en l'àmbit geriàtric hi ha la dependència i el deteriorament cognitiu, l'experiència del personal, les mesures legislatives existents i l'actitud i aptitud del personal (Hammers, 2005). Promoure la formació específica en contencions als centres residencials en pot disminuir la utilització i permetre'n un maneig més adient davant determinades situacions.

En l'àmbit geriàtric les situacions més freqüents en les quals s'utilitzen les contencions es reflecteixen a la **Taula 3**.

En aquest sentit, el risc de caigudes té una especial significació en l'atenció a la gent gran i constitueix un greu problema sanitari per la seva freqüència, morbimortalitat i cost sanitari associat. Entre un 40% i un

TAULA 3. SITUACIONS MÉS FREQUËNTS

INDICACIONS MÉS FREQUËNTS DE LES CONTENCIIONS EN L'ÀMBIT GERIÀTRIC
Manteniment postural en pacients que han perdut el to (malalties neurodegeneratives, ictus,...).
Prevenió de caigudes: en pacients amb risc molt elevat (objectivat amb tests validats com ara Lawton, Tinetti,...) o amb antecedents repetits de caigudes i risc de lesió conseqüent.
Manteniment de tractaments: SNG, SVP (freqüent en moments de patologia aguda com ara el postoperatori de pacients amb deteriorament cognitiu).
Actuacions impropres i perjudicials per part del resident derivades de l'afectació de les seves funcions psíquiques superiors: manipulació de bolquers, de deposicions, de ferides,...
Problemes de salut mental en els residents

Elaborat per Juan Ll, i Gasol J. 2012 (Quaderns de la Bona Praxi núm. 32)

50% dels ancians que cauen patiran lesions menors, entre un 4% i un 6% patiran fractures, una quarta part de maluc, amb afectació funcional i que, fins i tot, poden precipitar la mort (Gálvez, 1998).

Hauem de parar atenció als efectes secundaris de les contencions en gent gran, que es reflecteixen a l'apartat corresponent d'aquest Quaderns. De fet, el seguiment que necessiten aquestes mesures en gent gran és encara més intensiu, atesa l'alta freqüència de dificultats de mobilitat i quadres orgànics complexos. Així, s'actuarà d'acord amb l'apartat 8 (pautes d'actuació) limitant-ne l'ús als casos en què no existeixi cap altra mesura menys restrictiva i utilitzant el sistema menys restrictiu possible (ex.: manyoples), amb la indicació del metge i la intervenció de diferents professionals, ajustant-se als protocols establerts, utilitzant dispositius adequats i homologats —durant el mínim temps necessari—, amb replantejament constant de la mesura, adaptant-la per fer-la més adient i amb la realització d'intervencions destinades a minimitzar els possibles efectes secundaris (revisió de pautes farmacològiques, com ara anticoagulants/antiagregants, supervisió de l'estat del pacient, mobilitzacions i canvis posturals periòdics, mantenir activitat física,...).

Els protocols inclouran la possibilitat d'actuació de forma urgent en casos de perill imminent i raonable, sempre ajustant-se a la normativa existent (consentiment informat del resident o per representació, indicació mèdica, registre documental,...), d'acord amb l'apartat 6 (Aspectes medico-legals).

En moltes ocasions l'avaluació risc/benefici pot comportar un dilema important per al professional, que representi un conflicte ètic entre el principi d'autonomia i el principi de beneficència. Els metges de residències mai no faran servir les contencions quan la relació benefici-riscs no sigui clarament favorable al resident, la qual és una condició inherent a qualsevol tractament mèdic. Mai no s'autoritzarà cap contenció justificada —encara que només sigui en part—, per manca de personal supervisor o per causes "disciplinàries". Així, el metge de residència actuarà sempre d'acord amb la bona praxi i amb el seu codi deontològic, de la mateixa manera que en totes les seves intervencions com a professional.

Tal com s'estableix al decàleg d'aquest Quaderns, les contencions a l'àmbit geroassistencial són una opció terapèutica excepcional, prescrita per un metge en un entorn sanitari, que cal que sigui jus-

tificada, documentada, protocol·litzada i personalitzada per al pacient i la simptomatologia que presenta i revisada constantment, i estan subjectes, com qual·sevol acte mèdic, a les normes de bona praxi, l'ètica mèdica i la legislació vigent.

3.2. L'àmbit de salut mental

Les característiques particulars de les patologies que es tracten en salut mental comporten que els professionals que s'hi dediquen s'enfrontin amb certa assiduitat a la involuntarietat del tractament. Aquestes situacions es deriven de dos aspectes fonamentals en psiquiatria:

- per una banda, de l'absència d'insight en moltes patologies o d'un grau d'afectació que impedeix la presa de decisions lliure i conscient, i
- per l'altra, de l'associació de determinades patologies amb alteracions de la conducta, agitació o agressivitat (**Taula 4**).

La literatura internacional alerta de la variabilitat en l'ús de les contencions, tant en tipus com en freqüència, entre els diferents països, però també entre regions o institucions dins del mateix país. Steinert

(2006) descrivia que a Alemanya el 9,7% dels pacients estudiats tractats en hospitals psiquiàtrics eren sotmesos a mesures de contenció mecànica, i que arribava al 28% en pacients afectats per trastorns psiquiàtrics d'origen orgànic. Les mesures coercitives s'aplicaven una mitjana de 5,4 vegades per cas i amb una durada mitjana de 9,7 hores cada vegada. La revisió realitzada per l'institut Joanna Briggs, centre per al foment de les cures de la salut basades en l'evidència, registrava el 2002 que entre un 3,4% i un 21% (amb una mitjana de 10%) de les persones ingressades a les unitats d'aguts requerien algun tipus de contenció mecànica durant el període d'hospitalització, amb una durada mitjana de 2,7 a 4,5 dies.

En el nostre entorn la bibliografia és escassa, però els estudis dibuixen un escenari propi. Darrerament ha estat publicat un estudi sobre pacients ingressats en una unitat d'aguts de psiquiatria de Galícia en la qual el 28,57% van necessitar contenció mecànica, amb una mitjana de 3,55 episodis i una durada mitjana de 25,3 hores. Les contencions van ser més freqüents al servei d'urgències i els primers dies d'ingrés. Els diagnòstics més freqüents van ser els trastorns psicòtics i els trastorns orgànics.

TAULA 4. DSM-IV TRASTORNS ASSOCIATS A AGRESSIVITAT

Trastorn bipolar I (episodi maníac)
Esquizofrènia
Trastorns relacionats amb substàncies: abús i abstinència de substàncies, trastorn de l'estat d'ànim induït per substàncies
Retard mental. Trastorn per déficit d'atenció/hiperactivitat
Demència. Delírium. Trastorn de l'estat d'ànim o canvi de personalitat causat per un desordre general
Trastorns de la personalitat: paranoide, antisocial, límit i narcisista
Altres: Trastorn de conducta, Trastorn d'estrès posttraumàtic, trastorn explosiu intermitent,...

Modificat per Gómez-Durán a partir de Fishkind (2002)

Les contencions en Psiquiatria poden presentar dos perfils diferents relacionats amb les característiques del pacient. En primer lloc, pot caldre l'ús de les contencions en pacients en els quals la malaltia mental ha produït un deteriorament global o que presenten trastorns de conducta secundaris a un procés de deteriorament cognitiu, unes situacions que són molt properes a les descrites per a l'àmbit residencial i en les quals serà d'aplicació el que ha estat anteriorment ressenyat. En segon lloc, es poden utilitzar les contencions en pacients en situació d'agitació relacionada amb episodis aguts de patologia i, generalment, en el context d'assistència urgent (urgències o serveis a domicili o al carrer) o d'hospitalització.

Aquests casos d'agitació psicomotriu suposen un perfil diferenciat que mereix especial atenció i requereix formació específica. És fonamental l'aproximació inicial amb tècniques de contenció verbal, mostrant-se tranquil i controlant la situació, evitant actituds desafiantes i oferint ajut. Al mateix temps hem d'obtenir el màxim d'informació que ens permetrà avaluar el possible diagnòstic subjacent, el risc d'auto i heteroagressivitat i la necessitat de contenció física. La contenció física d'un pacient és una situació potencialment violenta que només es pot realitzar en condicions òptimes (ambientals, de personal, de recursos materials,...) i requereix una avaluació prèvia tant del pacient com de la situació, que es beneficia molt de la contenció verbal, tot i que finalment no s'aconsegueixi evitar la contenció física del pacient. D'acord amb aquesta avaluació, se sol·licitarà la presència del personal escaient i en els casos d'assistència prehospitalària es podrà sol·licitar el suport de les forces i cossos de seguretat.

El personal sanitari ha d'estar adientment format per fer front a la situació d'agitació. L'equip evitarà la multiplicitat d'estímul i donarà suport a la feina de l'interlocutor principal, en situació expectant. Les guies recomanen un mínim de cinc persones per

dur a terme correctament una contenció. L'actitud serà unitària, ferma, respectuosa, evitant provocacions, els moviments bruscos i l'aplicació de força excessiva. Se subjectaran les quatre extremitats i es controlarà el cap, col·locant el pacient en decúbit supí al llit, prèviament preparat, i es col·locaran les subjeccions. La bibliografia revisada no és concloent respecte a la presència del facultatiu durant el procés de contenció, que queda a criteri del metge responsable. Si és possible, algú de l'equip tranquil·litzarà la resta de pacients o altres persones presents.

És especialment freqüent en psiquiatria que el pacient es resisteixi al manteniment de la mesura i que això augmenti el risc de complicacions associades. Una correcta pauta farmacològica pot ajudar a minimitzar aquest risc. Els fàrmacs utilitzats preferentment s'ajustaran a la causa subjacent, amb especial atenció a les intoxicacions, en les quals la sedació pot precipitar problemes respiratoris potencialment greus.

El seguiment de la mesura haurà de ser intensiu i el malalt estarà sota control visual d'un professional fins que no desaparegui la situació de risc i en un espai degudament preparat i separat de la resta de pacients. Les visites de seguiment i la descontenció del pacient mai no es faran en solitari.

Tots els dispositius en salut mental han de disposar de protocols actualitzats d'assistència al malalt en situació d'agitació psicomotriu i de contenció, amb l'existència d'un registre que abasti:

- Les dades de filiació del pacient.
- El nom i el número de col·legiat del facultatiu prescriptor.
- La data, hora d'inici i finalització de la mesura.
- La descripció de l'incident.
- El diagnòstic confirmat o de presumpció, així com els antecedents rellevants del pacient, incloses les al·lèrgies.

- Dades del seguiment: tractaments farmacològics que s'administren, control de constants, de nivell de consciència, respiració, registre d'ingesta hídrica i d'aliments, així com d'eliminació, comprovació de les subjeccions, valoració dels punts de subjecció i zones distals a aquests, canvis posturals o dels punts de subjecció, incidents,....

Cal destacar que s'ha de descartar adequadament l'origen orgànic del quadre, i pot ser recomanable comptar amb al-

tres especialistes en el procés d'avaluació d'organicitat i el seguiment de les possibles complicacions de la contenció física.

Per últim, mereixen especial menció les potencials conseqüències que la indicació d'aquestes mesures suposen en la relació metge-pacient, i és necessari un bon maneig de la situació per tractar d'evitar en la mesura del possible el deteriorament del vincle del pacient amb el professional o els dispositius.

4

Abordatge multidisciplinari

La multidisciplinarietat i, anant més enllà, la interdisciplinarietat s'han de basar en el caràcter complementari dels diferents professionals involucrats en l'atenció que permet orientar les actuacions cap a un objectiu comú en benefici de les persones ateses. En aquest sentit, entenem la interdisciplinarietat com allò que permet el diàleg i l'intercanvi amb la finalitat de generar un coneixement compartit envers una finalitat comú. Per fer-ho possible, els equips han de formar-se i treballar de la manera més cohesionada possible i establir una dinàmica que fomenti el debat, l'escolta, la tolerància i la flexibilitat.

La prescripció de les contencions depèn del facultatiu, però compromet a tot l'equip d'atenció, inclòs el pacient i la seva família, tant en la seva aplicació com en el seguiment i acompanyament durant el període de temps que aquesta s'utilitzi. Els protocols, quan es refereixen als professionals que intervenen en l'àmbit de les contencions, citen metges, infermeres, personal auxiliar i, en algun cas, el mateix usuari i les famílies, però altres professionals com ara els psicòlegs, els fisioterapeutes o els treballadors socials són necessaris per fer un abordatge més global de la situació. Aquest abordatge pot ser especialment rellevant en relació amb les mesures alternatives a la conten-

ció en si mateixa i la informació i suport als pacients i les famílies. El llistat de professionals pot ser encara més ampli si tenim en compte els diversos aspectes que poden contribuir a la disminució de la contenció: l'estimulació sensorial i cognitiva, la tecnologia de suport que faciliti l'ergonomia i la seguretat dels pacients, el condicionament de l'entorn, l'ambient i el mobiliari, l'ús adequat dels equipaments, les activitats preventives, cuidadores i rehabilitadores tant des de la perspectiva física com psicosocial, l'acompanyament i el suport a les famílies o les activitats lúdiques o recreatives.

És fonamental aquest abordatge de l'equip multidisciplinari per a una bona praxi en la utilització de les mesures de contenció (Evans, D et al, 2002; Zunzunegui, 2005; Bermejo i Mañós de Balanzó, 2009; Vernet, 2010; Rodríguez, 2011).

En el marc d'un ús racional de les contencions, el tipus d'abordatge multidisciplinari ofereix l'oportunitat d'una perspectiva d'anàlisi més àmplia a partir de l'aportació específica de cada un dels professionals involucrats, així com de les diferents metodologies i modalitats de prevenció i intervenció que utilitzen. El debat intern dins els equips permet estructurar i organitzar el funcionament a

partir del consens i de la cohesió entre els membres que configuren l'equip, proporcionant-los més seguretat i efectivitat. Així mateix, la interacció dels diferents membres de l'equip facilita i suposa una millora en la presa de decisions.

Entenem que la formació i el debat dins els equips, ja sigui mitjançant espais de reflexió o de revisió i actualització de la pràctica clínica, promouen la construcció d'un coneixement compartit a partir de l'evidència i de l'experiència en la pràctica professional. Així, permet unificar criteris i arribar a consensos pel que fa als protocols i procediments que s'elaborin o que es revisin.

Les característiques dels professionals i dels cuidadors que treballen en una de-

terminada organització (sobretot en relació amb la seva formació i actituds) són fonamentals en l'aplicació de mesures com les contencions, així com el paper que hi juga cadascun davant la prescripció i el seguiment i l'avaluació de l'ús de les contencions, sense deixar de banda el paper transcendental de la persona atesa i la seva família, la qual en molts casos esdevé representant dels drets del pacient.

A l'últim, cal destacar que el debat intern dins els equips ha de permetre la posada en comú de les dificultats o el malestar que generen determinades actuacions, sobretot quan aquestes plantegen dilemes ètics, i ha d'ajudar a pal·liar els efectes negatius sobre els professionals que també aborda el present Quaderns.

5

Aspectes deontològics

La contenció no voluntària d'una persona s'ha d'analitzar també des de la perspectiva de l'ètica. De forma esquemàtica, les relacions entre la contenció no voluntària i els principis ètics bàsics que guien

la conducta mèdica es representen a la **Taula 5**.

El principal conflicte en les contencions no voluntàries es planteja entre el prin-

TAULA 5. ASPECTES ETICODEONTOLÒGICS DE LES CONTENCIONS

Principi d'autonomia	Implica el respecte a l'autodeterminació del pacient i és el principi més afectat quan es fa una contenció perquè limita els lliures moviments i desplaçaments de la persona.
Principi de beneficència	En el qual s'assumeix que els beneficis de la contenció del pacient són superiors als riscos de no contenció, principalment perquè eviten el risc que es faci mal ell mateix o en faci a altres persones (pacients, familiars, personal laboral).
Principi de no-maleficència	Implica produir el menor dany possible amb l'acció de contenció i, per tant, minimitzar els riscos que se'n poden derivar.
Principi de justícia	Implica reconèixer l'adequació dels recursos disponibles al cas, així com la distribució d'aquests entre els pacients.

TAULA 6. RECOMANACIONS ETICODEONTOLÒGIQUES

De la indicació	<ul style="list-style-type: none"> • La indicació de la contenció ha de ser en benefici del pacient o d'altres persones, no per conveniència del personal. • La indicació de la contenció ha de ser individualitzada, no com una rutina o substitut d'una adequada atenció i supervisió del pacient. • La indicació de la contenció requereix una completa valoració de cada cas amb una adequada justificació. • Hi ha d'haver beneficis específics derivats de la contenció i absència d'alternatives pràctiques, i ser l'alternativa menys restrictiva possible. • S'ha d'intentar esbrinar la causa mèdica o psicològica que ha portat a la necessitat de contenció per intentar corregir-la, si és possible. • S'ha d'informar el pacient i els familiars dels motius de la restricció o contenció i intentar obtenir-ne el consentiment. • L'aplicació inicial de la contenció pot fer-la infermeria; però el metge sempre ha de fer la indicació. • S'ha de documentar la indicació.
Del mètode	<ul style="list-style-type: none"> • Respectar la dignitat de les persones. • Evitar actituds autoritàries. • Seleccionar la mesura més adequada per a cada cas. • Considerar la mesura menys restrictiva: Considerar la utilització de mesures ambientals o conductuals sempre que siguin possibles, abans de la contenció. Considerar l'ús de contenció farmacològica, evitant la sobremedicació.
Del seguiment	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar una monitorització (estat de consciència, signes vitals, lesions, hidratació, nutrició, comportament) de la contenció. • Intentar assegurar el màxim confort possible i instaurar mesures per a la prevenció de complicacions (ex. mobilització). • Considerar la possibilitat d'interrompre la contenció a intervals si és factible • Reavaluació periòdica de la necessitat de continuar o suspendre la contenció.

cipi d'autonomia, perquè limiten els moviments de la persona, i el principi de beneficència, pel qual es considera la necessitat de restringir l'autonomia de la persona mentalment incompetent per protegir-la de fer-se mal a ella mateixa o a altres. Aquests principis, a més, es-

tan condicionats pels altres dos principis: que la contenció produeixi el menor dany possible, sigui moral, psicològic o físic, i les limitacions derivades de la distribució adequada dels recursos disponibles.

En la pràctica clínica es produeixen determinades situacions en les quals és inevitable fer una contenció. Des del punt de vista eticodeontològic, les principals recomanacions es reflecteixen a la **Taula 6**.

Finalment, és important promoure la formació del personal en aquestes situacions, tant per saber entendre la situació des d'una perspectiva d'actuació mèdica

com per saber actuar i respondre de forma apropiada. S'ha de tenir en compte que actualment no es disposa de dades suficients provinents d'estudis acreditats que puguin orientar sobre l'actuació més adequada en els casos en què es planteja la possibilitat de contenir una persona i, per tant, és preceptiu l'elaboració d'un judici clínic individualitzat, raonat i ben documentat.

6

Aspectes medicolegals

La formació d'un metge és multidisciplinària i abasta un gran nombre de matèries diverses. Els metges han de tenir coneixements dels aspectes medicolegals de la medicina, per tal com formen part de la pràctica diària de la seva professió, i ajustar-se als criteris de la normopraxi assistencial.

Hi ha moltes situacions en les quals els metges troben difícil determinar la conducta medicolegal que cal seguir. Les implicacions jurídiques de la pràctica assistencial preocupen als metges pel risc d'incórrer en possibles situacions de vulneració de drets o incompliment d'obligacions. L'existència d'uns fonaments ètics i jurídics obliga els professionals de la salut en la seva relació amb els pacients i la responsabilitat professional del metge és un aspecte important de la medicina actual.

La Constitució Espanyola preveu, en el seu Capítol II, Secció I, *Dels drets fonamentals i de les llibertats públiques*, article 17.1, que *"Tota persona té dret a la llibertat i a la seguretat. Ningú pot ser privat de la seva llibertat, sinó amb l'observança del que estableix aquest article i en els casos i en la forma que preveu la Llei"* i, en l'article 18.1, que *"Es garanteix el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge"*. Les contencions físiques afecten aquests drets fonamentals i mereixen la màxima atenció per

part dels professionals que les indiquen i les apliquen.

Si bé a Catalunya únicament la legislació de l'àmbit social té en compte expressament les contencions, hi ha una normativa legal més àmplia a la qual s'ha d'ajustar la mesura (**Taula 7**) i que queda reflectida en l'esquema d'actuació de la **Figura 1** (pàgina 18).

Tant l'Estat com les diverses comunitats autònomes han legislat sobre l'autonomia del pacient. El Parlament de Catalunya va promulgar la Llei 21/2000, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, mentre que en l'àmbit estatal es va aprovar la Llei 41/2002, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació (Llei d'Autonomia del pacient), completant les previsions de la Llei General de Sanitat i donant un tractament específic al dret a l'autonomia del pacient. La Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries, que regula els aspectes bàsics de les professions sanitàries en tot allò que es refereix al seu exercici professional, també preveu que els professionals tenen el deure de respectar la participació dels pacients en la presa de decisions que els afectin.

TAULA 7. MARC LEGAL

NORMATIVA VIGENT	
Llei 25/2010, del 29 de juliol, del llibre segon del Codi Civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família	Art. 212 i següents
Llei d'Enjudiciament Civil	Art. 763
Decret 176/2000, de modificació del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del sistema català de serveis socials	Art. 5
Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica	Art. 6 i següents
Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica	Art. 8 Art. 9
Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència	Art. 4
Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials	Art.12

La Llei d'Autonomia del pacient contempla que qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix, prèvia informació, el consentiment lliure i específic de la persona afectada (art. 8.1). El consentiment s'ha de fer per escrit en els procediments que comporten riscos i inconvenients notoris i previsibles susceptibles de repercutir negativament en la salut (art. 8.2), com podrien ser les contencions físiques.

El consentiment informat és un procés en el qual el pacient dóna la seva conformitat lliure, voluntària i conscient, manifestada en ple ús de les seves facultats després de rebre la informació adequada perquè tingui lloc una actuació que afecta la seva salut.

No obstant això, hi ha situacions en les quals el pacient, a criteri del metge responsable, no és competent per participar voluntàriament, conscientment i activament en la presa de decisions respecte a la seva salut o el seu estat físic o psíquic no li permet fer-se càrrec de la seva situació o bé està legalment incapacitat. En aquest cas, el consentiment el prestaran per represen-

tació el representant legal del pacient o, si no en té, les persones vinculades a ell per raons familiars o de fet (art. 9.3.a i b). Aquesta és una situació relativament freqüent en l'entorn residencial, en el qual s'atén pacients amb processos de deteriorament cognitiu que afecta la seva competència per decidir.

Tanmateix, els facultatius podran dur a terme les intervencions clíniques indispensables en favor de la salut del pacient, sense necessitat de comptar amb el seu consentiment, quan hi hagi risc immediat greu per a la integritat física o psíquica del malalt i no sigui possible aconseguir la seva autorització, consultant, quan les circumstàncies ho permetin, els familiars o les persones vinculades de fet a ell (art. 9.2.b). L'assistència al malalt psiquiàtric s'enfronta sovint a aquest tipus de situacions, com ara l'atenció a un pacient en situació d'agitació per un quadre psicòtic.

Si l'aplicació de qualsevol mesura suposa l'internament del pacient sense el seu consentiment estarem en un supòsit previst a

l'article 763 de la Llei d'Enjudiciament Civil. Així, *"l'internament per trastorn psíquic, d'una persona que no estigui en condicions de decidir per si, encara que estigui sotmesa a la pàtria potestat o a tutela, requerirà autorització judicial"*, i aquesta autorització *"serà prèvia a l'internament, llevat que raons d'urgència facin necessària la immediata adopció de la mesura. En aquest cas, el responsable del centre en què s'hagi produït l'internament haurà de donar compte al tribunal competent al més aviat possible i, en tot cas, dins del termini de 24 hores, a l'efecte de procedir a la preceptiva ratificació d'aquesta mesura, que s'ha de fer en el termini màxim de setanta-dues hores des que l'internament arribi a coneixement del tribunal"*.

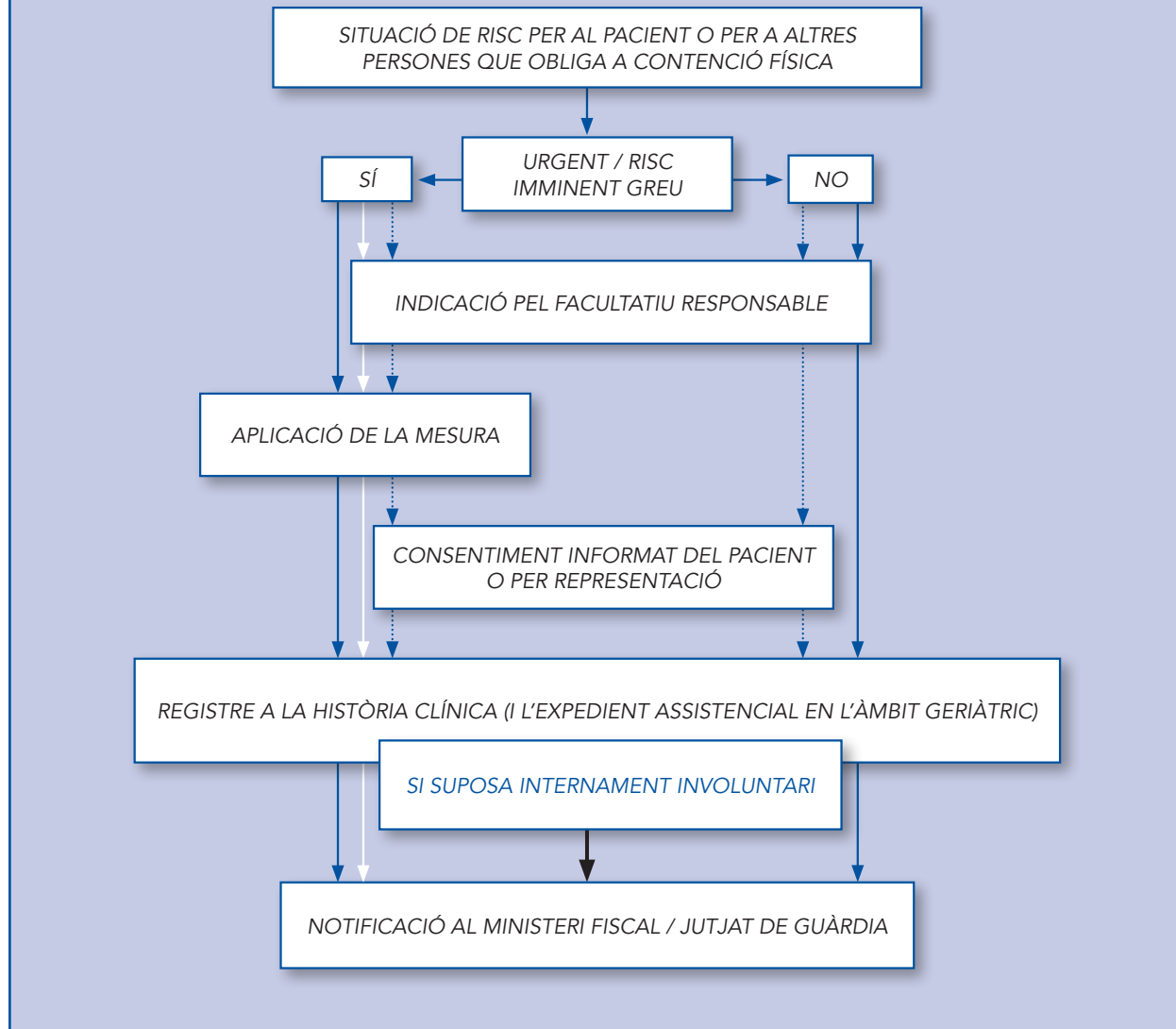
Existeix legislació específicament desenvolupada per a l'àmbit dels serveis socials que reconeix el dret de les persones amb dependència a *"gaudir dels drets humans i llibertats fonamentals, amb ple respecte de la seva dignitat i intimitat"*, així com *"el dret a no ser sotmès a cap tipus d'immobilització o restricció física o farmacològica sense prescripció mèdica i supervisió, llevat que existeixi perill imminent per a la seguretat física de l'usuari o de terceres persones. En aquest darrer cas, les actuacions efectuades hauran de justificar-se documentalment a l'expedient assistencial de l'usuari i s'han de comunicar al Ministeri Fiscal, d'acord amb el que estableix la legislació"*.

En aquest sentit, cal destacar que és el metge responsable del pacient qui ha de garantir el respecte als drets del pacient en la indicació i aplicació de les contencions, però els professionals que l'atenen durant el procés, apliquen la tècnica o realitzen el seguiment també tenen el deure de respectar aquests drets del pacient. La llei estableix la competència exclusiva del facultatiu per aplicar-la, si bé és recomanable una valoració multidisciplinària de la indicació. La llei també regula un procediment d'urgència per al supòsit d'aplicació de subjeccions físiques sense prescripció mè-

dica, que qualifica com a excepcional i amb la finalitat d'evitar riscos greus i imminents a la persona o a tercers. Les circumstàncies en què es conté un pacient per motius urgents sense indicació mèdica han de quedar degudament documentades en la història clínica del pacient, el facultatiu ha de ser avisat immediatament i és obligatòria la comunicació posterior al tutor o persones vinculades a l'usuari i al Ministeri Fiscal. No cal la comunicació al Ministeri Fiscal quan les subjeccions hagin estat prescrites per un facultatiu i hi hagi consentiment informat. Si no existeix consentiment del pacient o per representació, caldrà obtenir-lo de l'autoritat judicial.

No existeix a Catalunya una regulació legal específica sobre com aplicar les mesures de contenció i com fer-ne el seguiment, sinó que forma part de l'arsenal terapèutic del qual disposen els facultatius, que les aplicaran amb criteri clínic, de manera ajustada a les característiques del cas. El *Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra* es considera la norma més específica en aquest aspecte dels existents en el nostre entorn i estableix que es garantirà que la persona objecte d'aplicació de subjeccions tingui totes les necessitats bàsiques cobertes i que rebi atencions que previnguin o minimitzin els efectes negatius. Així, es vigilaran sovint les zones de contacte del dispositiu de subjecció amb el cos de la persona restringida, com també les zones perifèriques a aquestes, a fi d'evitar lesions o comprovar que produeixin dolor o molèsties. En qualsevol cas es garantirà que la persona canvia les zones de suport del seu cos com a mínim cada 2 hores i si la persona lluita per desfer-se de la subjecció serà obligada la intervenció d'un professional qualificat perquè valori el risc de complicacions greus i la necessitat de prendre mesures.

FIGURA 1. ESQUEMA D'ACTUACIÓ



Legalment, recomanem que totes les institucions, independentment del seu caràcter sanitari, sociosanitari o social, disposin d'un protocol d'actuació, tal i com estableix la legislació consensuat entre els professionals, i que aquest es revisi i actualitzi periòdicament, amb especial atenció respecte als drets i la seguretat del pacient.

Totes aquestes actuacions hauran de quedar convenientment registrades a la història clínica, així com a l'expedient assistencial en l'àmbit social (obligació recollida al Decret 176/2000). Convé ressaltar la importància d'aquests documents com a

registres d'informació amb validesa jurídica. Una història clínica completa, ordenada, intel·ligible i respectuosa, a banda de la seva utilitat assistencial, pot resultar de gran ajuda davant dels tribunals. La història clínica constitueix el testimoni més objectiu del treball fet i es converteix en una prova material preconstituïda de primer ordre en qualsevol procés judicial per responsabilitat mèdica.

Tanmateix, hem d'assenyalar que no sols la incorrecta aplicació de les mesures de contenció pot donar lloc a responsabilitat professional en els facultatius, sinó que la

no-indicació d'aquestes en situacions de risc que les facin necessàries també podria sustentar una sentència condemnatòria per responsabilitat professional.

Per últim, cal abordar la situació d'excepcionalitat en què la situació d'un malalt exigeix la intervenció de personal no sa-

nitari, com ara les forces i cossos de seguretat, que estan legitimats per exercir funcions de contenció i col·laborar amb el personal sanitari, en compliment del que estableix la Llei orgànica de les forces i cossos de seguretat, la Llei de la policia de la Generalitat i la Llei 16/1991 de les policies locals.

7

Efectes negatius en els pacients i els professionals

S'ha descrit que l'ús de la contenció mecànica i l'aïllament és d'utilitat per prevenir les lesions i reduir l'agitació i que és inviable evitar-ne l'ús en programes que treballen amb persones greument malaltes.

No obstant això, la contenció física de les persones és un procediment excepcional coercitiu i traumàtic. El seu ús causa efectes físics i psicològics negatius en els pacients i s'ha de tenir en compte el risc que factors no clínics contribueixin a la freqüència del seu ús. No hem d'oblidar que les contencions mecàniques posen

els pacients en risc de lesions físiques, i fins i tot de mort, per una varietat de complicacions, i poden ser *per se* traumàtiques (**Taula 8**).

Tanmateix, s'han descrit efectes negatius en l'entorn del pacient (sentiments de culpa, dubtes,...), en el personal que les aplica (lesions traumàtiques durant la seva aplicació, sentiments de malestar, insatisfacció,...) i en la mateixa relació professional-pacient (desconfiança, ressentiment,...). Es recomana el *debriefing* de l'equip i amb el pacient després d'aplicar aquest tipus de mesures.

TAULA 8. COMPLICACIONS DE LES CONTENCIONS FÍSQUES EN ELS PACIENTS

COMPLICACIONS DE LES CONTENCIONS FÍSQUES EN ELS PACIENTS
Físiques.
Tromboembolisme, asfíxia posicional, col·lapse cardiovascular per acidosi, broncoaspiració, rabdomiòlisi, úlceres per pressió, hematomes, abrasions,....
Psíquiques.
Elevat distrès emocional (sentiments d'humiliació, d'indefensió, d'inseguretat, de ràbia,...) i fins i tot quadres clínics complexos com ara el trastorn d'estrès posttraumàtic.

La variabilitat és intensa en les aproximacions coercitives al tractament de l'agitació i els trastorns de conducta (tant pel que fa als protocols d'abordatge estratègic de la situació, com pels fàrmacs o el material de contenció que s'utilitza) però, a continuació, presentem el marc legal, teòric i pràctic fonamental que s'ha de respectar i que es representa a la **Figura 1** (pàgina 18).

Encara que es tendeixi a reduir l'ús d'aquestes mesures i que la situació actual sigui millorable, no hi ha prou coneixements sobre el maneig efectiu de determinades situacions extremes amb les alternatives menys coercitives.

Així, davant de determinades situacions de risc cal la restricció dels moviments del pacient. Les contencions **estan indicades per assegurar la integritat física del pacient, els membres del personal o d'altres persones**. Es valorarà sempre el binomi benefici-risc en l'aplicació de la mesura.

No es faran servir contencions si hi ha una altra mesura viable de caràcter menys restrictiu, ni sense la corresponent autorització signada pel metge responsable i el consentiment informat generalment per representació (llevat de situacions d'urgència), ni quan es demostrï una intolerància o una reacció adversa davant la mesura adoptada, tot i haver-la modificat per adaptar-la o fer-la més adient, si el resultat d'aplicar-la és més greu que la situació que la provoca. Òbviament, no són indicacions vàlides de contenció la disciplina, la conveniència o el càstig.

Les mesures de contenció que s'utilitzen seran sempre proporcionals al risc que presenti el pacient. La contenció es pot aconseguir intentant que el pacient es tranquil·litzi mitjançant les estratègies de contenció verbal i ambiental o bé intro-

duint mesures més coercitives en la relació terapèutica, sempre amb la màxima **d'utilitzar la menys lesiva, amb la mínima intensitat possible i durant el mínim temps possible**.

Generalment la **contenció farmacològica** és menys coercitiva i restrictiva que la contenció física. Pot ser suficient per si mateixa per controlar la situació o pot utilitzar-se de manera independent o conjuntament amb la contenció física. La contenció farmacològica s'ha de basar en l'avaluació de la causa més probable de l'agitació. Si es tracta d'una condició mèdica o delírium, els metges intentaran tractar aquesta causa subjacent tan bon punt sigui possible. Cal oferir medicaments orals abans d'utilitzar injeccions intramusculars si el pacient coopera i no hi ha contraindicacions mèdiques per al seu ús, i fins i tot podem atendre raonablement les preferències del pacient. La dosi ha d'evitar la sedació excessiva, que s'ha descrit que prolonga l'estada en observació, pot dificultar la diagnosi etiològica del quadre i augmenta el risc d'efectes adversos.

La contenció física és l'última opció terapèutica, i hi ha diferents graus possibles de restricció de moviments. Sempre caldrà emprar el sistema menys restrictiu; així, ens hem de plantejar per exemple si unes manyoples aconseguen l'objectiu pretès en un cas concret. Sempre es faran servir dispositius homologats i en bon estat respectant les indicacions del fabricant. Els tancaments seran els correctes per garantir l'alliberament immediat en cas d'urgència. Estan prohibits els nusos i l'ús de productes deteriorats que poden comprometre la seguretat.

Cal subratllar que la indicació de la contenció la farà sempre un metge i, en el cas extrem que es presenti la necessitat

de forma urgent i el risc per al pacient fos elevat, s'aplicarà la mesura menys restrictiva i es contactarà amb el metge al més aviat possible, tot deixant constància escrita de l'actuació. Igualment, el metge podrà autoritzar la contenció de forma urgent i excepcional en aquells casos de perill imminent i raonable fins a obtenir el consentiment per representació o l'autorització judicial. En l'obtenció del consentiment el metge ha d'assegurar una correcta informació, destacant que la indicació és conseqüència de la necessitat de prevenir auto i heteroagressivitat.

La indicació de la mesura comprendrà el tipus de subjecció prescrita, la durada i freqüència, si escau, i la pauta de control i les mesures que cal adoptar per prevenir patiment i complicacions. Així, tota contenció física s'acompanyarà d'un **protocol de seguiment** que englobarà les intervencions destinades a minimitzar els possibles riscos i efectes secundaris que hi pot haver, com en qualsevol tractament mèdic. És tracta d'una tasca multidisciplinària que requereix la intervenció de

múltiples professionals i que comprendrà la supervisió constant de l'estat general del pacient, de la pell, del seu confort i, en definitiva, de qualsevol canvi que justifiqui replantejar el tipus, la durada o la mateixa indicació de la mesura.

En qualsevol contenció física instaurada i malgrat haver-se'n demostrat els beneficis, caldrà fer un **replantejament constant** dels motius i les necessitats i reconsiderar les indicacions i la conveniència de mantenir-la.

Per últim, cal recordar que les actuacions facultatives han de quedar degudament **registrades documentalment**, a la història clínica del pacient així com a l'expedient assistencial a l'àmbit geriàtric. El metge responsable del pacient registrarà els motius i els objectius de la contenció, les mesures alternatives assajades i les característiques de la indicació realitzada (tipus de subjecció prescrita, durada, freqüència, pauta de control i mesures que cal adoptar per prevenir patiment i complicacions).

9

Decàleg

La bona praxi en la utilització de contencions com a mesura medicoterapèutica implica que sigui sempre limitada i estigui justificada per situacions clíniques de risc, reflectides en els cursos de la història clínica, i que segueixi protocols i s'ajusti a la normativa reguladora actual.

1. Les contencions són una mesura terapèutica, encara que d'última opció.
2. La contenció física o farmacològica és un acte mèdic, per tant, cal que la prescriu un metge. La utilització excepcional sense prescripció en situació d'urgència haurà d'ajustar-se a les previsions establertes per la llei.
3. Com qualsevol acte mèdic, estarà subjecte a l'ètica mèdica i la legislació vigent. Existeix un marc legislatiu d'aplicació en el cas de contencions (Llei 25/2010 del llibre segon del Codi Civil de Catalunya, Llei d'Enjudiciament Civil, Llei 41/2002 d'Autonomia del pacient, Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, Decret 176/2000 de regulació del sistema català de serveis socials, Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, Llei 12/2007 de serveis socials).

4. Proporcionar una informació correcta és clau, plantejant el consentiment informat, fonamentalment per representació dels familiars i amb comunicació a l'autoritat judicial quan correspongui.
5. Les contencions s'utilitzaran en situacions de risc per al pacient o per a altres persones quan l'ús de mesures menys restrictives no sigui viable.
6. La indicació de la contenció ha de ser clara, específica, individual i argumentada, utilitzant el sistema menys restrictiu possible. No s'ha de fer de forma rutinària i s'ha de revisar periòdicament.
7. Es tracta d'una mesura excepcional que cal que estigui correctament justificada i documentada, i deixar constància a la història clínica del pacient i a l'expedient assistencial a l'àmbit social, com a criteri de normopraxi assistencial.
8. Es recomana el desenvolupament de protocols per a la utilització i l'aplicació de les contencions, tenint en compte la seguretat clínica del pacient i amb el màxim respecte als seus drets.
9. Cal una bona col·laboració interdisciplinària amb els altres professionals sanitaris.
10. S'ha de procurar una formació continuada del personal sanitari en aquesta matèria.

10

Bibliografia

1. Cano, A. Sujeciones mecánicas. 1ª Parte: Uso en Unidades de Agudos y Residencias. *Best Practice* 2002; 6(3): 1-6.
2. Decret 176/2000, de modificació del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del sistema català de serveis socials.
3. Fishkind A. Calming agitation with words, not drugs: 10 commandments for safety. *Current Psych* 2002; 1(4): 32-9.
4. Galán CM, Trinidad D, Ramos P, Gómez JP, Gregorio J, Onrubia A et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008; 43(4): 208-13.
5. Gálvez R, Padilla F, Bueno A, Peinado C, Espigares M. Frecuencia, características y consecuencias de las caídas en una cohorte de ancianos institucionalizados. *Atención Primaria* 1998; 21: 437-45.
6. Hammers JPH, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly?. *Z Gerontol Geriat* 2005; 38: 19-25 .
7. Holloman GH Jr, Zeller SL. Overview of Project BETA: best practices in evaluation and treatment of agitation. *West J Emerg Med* 2011; 13: 1-2.
8. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries *Age and Ageing* 1997; 26-S2: 43-7.
9. Llei d'Enjudiciament Civil.
10. Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.
11. Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.
12. Llei 12/2007, de 11 d'octubre, de serveis socials.
13. Quaderns de la Bona Praxi núm. 4. Finalitat i ús de la història clínica. Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Juliol 1994.
14. Quaderns de la Bona Praxi núm. 15. Com prestar una assistència de qualitat a persones que estan en residències geriàtriques. Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Desembre 2002 .
15. Quaderns de la Bona Praxi núm. 25. El Consentiment Informat. La presa de la decisió informada del pacient. Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Març 2008.
16. Rivera A, Soto MDE. Estudio de contenciones en una unidad de agudos de Psiquiatría. *Psiquiatría.com* 2002; 6(2).
17. Steinert T, Martin V, Baur M, Bohnet U, Goebel R, Hermelink G, Kronstorfer R, Kuster W, Martinez-Funk B, Roser M, et al. Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 140-5.
18. Teixeira R, Caballín JM. Sujeciones físicas y farmacológicas: una ley pionera. *Rev Esp Med Legal* 2012; 38 :3-4.

Números publicats

<p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI El metge i el malalt de Sida</p> <p>1</p>	<p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI La valoració preoperatoria</p> <p>2</p>	<p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI Diagnòstic prenatal dels defectes congènits</p> <p>3</p>	<p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI Finalitat i ús de la història clínica</p> <p>4</p>	<p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI Diagnòstic prenatal dels defectes congènits</p> <p>5</p>
<p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI Informes i Certificats sobre el malalt mental</p> <p>6</p>	<p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI Com actuar quan un metge és portador del virus de la immunodeficiència humana o dels virus de l'hepatitis B o C</p> <p>7</p>	<p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI La informació clínica facilitada al pacient</p> <p>8</p>	<p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI Normes d'actuació després d'una exposició accidental a sang o altres fluids biològics en el medi sanitari</p> <p>9</p>	<p>QUADERNS DE LA BONA PRAXI GUIA DE LA BONA PRESCRIPCIÓ Manual pràctic</p> <p>10</p>
<p>Quaders de la bona praxi Guia d'actuació en la situació d'expansió del malalt crònic</p> <p>12</p>	<p>Quaders de la bona praxi Detecció del malalt crònic, simptomàtic i de risc (MCI)</p> <p>13</p>	<p>Quaders de la bona praxi Guia d'actuació en l'exploració de les malalties</p> <p>14</p>	<p>Quaders de la bona praxi Com prevenir una activitat no de qualitat i participar amb èxit en esdeveniments preventius</p> <p>15</p>	<p>Quaders de la bona praxi El diagnòstic i la seva salut</p> <p>16</p>
<p>Quaders de la bona praxi Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball i en els metges</p> <p>17</p>	<p>Quaders de la bona praxi Infermeria clínica, eines de comunicació</p> <p>18</p>	<p>Quaders de la bona praxi Detecció i intervenció anticipada per als canvis de comportament alimentari</p> <p>19</p>	<p>Quaders de la bona praxi Malalties cròniques i la gestió gran</p> <p>20</p>	<p>Quaders de la bona praxi Com actuar quan un metge és portador del virus de la immunodeficiència humana o dels virus de l'hepatitis B o C</p> <p>21</p>
<p>Quaders de la bona praxi La pràctica, la gràfica mèdica i l'informació i la comunicació praxi</p> <p>22</p>	<p>Quaders de la bona praxi Orientacions metodològiques de l'atenció als tercers. Furgintors</p> <p>23</p>	<p>Quaders de la bona praxi Fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica</p> <p>24</p>	<p>Quaders de la bona praxi El consentiment informat. La gestió de la decisió individual del pacient</p> <p>25</p>	<p>Quaders de la bona praxi Valoració de l'estat de salut de les persones sol·licitants d'adopció</p> <p>26</p>
<p>Quaders de la bona praxi Aprentes mèdics relacionats amb la conducció de vehicles</p> <p>27</p>	<p>Quaders de la bona praxi Història clínica, relacions de la informació i el dret del pacient</p> <p>28</p>	<p>Quaders de la bona praxi "Praxi mèdica i "situacions judicials"</p> <p>29</p>	<p>Quaders de la bona praxi "El medi ambient i la salut"</p> <p>30</p>	<p>Quaders de la bona praxi "Contencions"</p> <p>32</p>
<p>Quaders de la bona praxi "El medi ambient i la salut"</p> <p>30</p>	<p>Quaders de la bona praxi "Contencions"</p> <p>32</p>	<p>Quaders de la bona praxi "Contencions"</p> <p>32</p>	<p>Quaders de la bona praxi "Contencions"</p> <p>32</p>	<p>Quaders de la bona praxi "Contencions"</p> <p>32</p>

Els Quaders de la Bona Praxi són una publicació que s'envia, per correu electrònic, a tots els col·legiats i a la qual també es pot accedir a través de la web dels col·legis de metges de Catalunya com a servei gratuït als professionals per a promoure les bones pràctiques. Es disposen d'exemplars en paper amb un cost de 15 € per a metges col·legiats al COMB, COMG, COMT i COMLL i 20 € per altres interessats i entitats.

Els interessats cal que enviïn una sol·licitud a cecfmc@comb.cat.

Quaderns de la Bona Praxi

COL·LEGI
OFICIAL  DE METGES
DE BARCELONA
CENTRE D'ESTUDIS COL·LEGIALS

Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona.
<http://cec.comb.cat>